

SEGURO DE SALDO DE DEUDA INDIVIDUAL
SOLICITUD DE SEGURO

Póliza No.		Categoría:	
Agencia:	Vigencia Desde:	Hasta:	Hora:
Persona Natural <input type="checkbox"/>	Comerciante individual <input type="checkbox"/>	APNFD <input type="checkbox"/>	PEP <input type="checkbox"/>

I. Datos del Autorizado para Contratar / Persona Natural			
Como aparece en el documento de identidad			
Nombres:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Apellido de Casada
Identidad No.:	Tipo de Identificación Tarjeta de Identidad <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carnet Resd. <input type="checkbox"/>		
RTN No.:	Fecha de Nacimiento Día <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/>		Edad
Lugar de Nacimiento:	Municipio Departamento País	Nacionalidad (es)	
Género Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		Estado Civil Soltero (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Viudo (a) <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/>	
Nombre completo del Cónyuge:		No. Identidad del Cónyuge	
Dos (2) Referencias de las Sigüientes; Laborales, Personales, Bancarias o Comerciales: 1. _____ 2. _____			
Dirección de Residencia Completa			
Departamento:		Municipio:	
Colonia:	Calle:	Avenida:	
Bloque No:	Casa No:	Teléfono Residencia No:	Numero Celular.:
Otras referencias o señas:			
Profesión u oficio:			
Origen de los Recursos			
Actividad económica principal:			
Ocupación actual: Asalariado <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>			

Si el asegurado es estudiante o ama de casa, favor proporcionar la siguiente información:
Información de la persona de quien depende económicamente

Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Apellido de Casada:
No. De identidad:	Actividad económica que desarrolla:		Parentesco o Afinidad:	

Información Financiera del Asegurado y/o Representante Legal

Especifique su fuente de Ingresos: _____	
Nivel aproximado de ingreso según el Salario Mínimo Mensual Vigente	¿Recibe ingresos diferentes a su actividad principal? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

(actividad principal):	Si su respuesta es SI detalle:		
De 0 – 3 <input type="checkbox"/>	Fuente de ingresos: _____		
De 4 – 6 <input type="checkbox"/>	Valor mensual estimado: _____		
De 7 – 10 <input type="checkbox"/>	¿Realiza transacciones en moneda extranjera?		
De 11-20 <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
De 21-50 <input type="checkbox"/>	Tipo de Moneda: Dólar <input type="checkbox"/>		
De 50 en adelante <input type="checkbox"/>	Euro <input type="checkbox"/> Otra _____		

Datos Laborales

Nombre de la empresa donde labora:	Posición / cargo que desempeña:	Tiempo de laborar en la empresa:	
Dirección completa de la empresa donde labora:			
Teléfono del Trabajo:	Fax No:	Correo Electrónico:	Sitio Web:
Departamento	Municipio	Ciudad	Colonia/Barrio
Calle	Bloque	Avenida	Edificio
Específicamente detalle su fuente de ingresos:			
Es usted una persona expuesta públicamente (PEP) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
En caso de que su respuesta sea afirmativa, completar el formulario de identificación y vinculación para personas expuestas políticamente (Nacional y extranjero)			
¿Mantiene pólizas suscritas con esta u otra(s) aseguradora (s)? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Especifique:			
Nombre de la Aseguradora: _____			
Tipo(s) de Seguro(s): _____ Suma(s) Asegurada(s): _____			

Datos del Beneficiario Final

¿Actúa en nombre propio? Sí No

En caso de que su respuesta sea negativa, especifique el nombre del tercero por el que actúa

Nombre completo	Identidad/R.T.N.	Parentesco	Relación (Marque con una X)	
			Financiera	Personal

II. DATOS DE LA PÓLIZA

a) Plan de Seguro: _____

b) Vigencia: entrará en vigor el día _____ a las 12:00 horas del mediodía
Hasta el día _____ a las 12:00 horas del mediodía

c) Forma de Pago: _____ Administrará la Póliza: _____

d) Participación del Asegurado en el pago de la prima SI () NO () Porcentaje _____

COBERTURA:	VALOR A ASEGURAR	DEDUCIBLES
Muerte		
Cobertura Adicional: Beneficio por Riesgo de incapacidad total y permanente a causa de enfermedad o accidentes		

III. OTROS SEGUROS

Sírvase detallar los Seguros de Vida y Accidentes que tiene actualmente:

COMPAÑÍA	CLASE	MONTO LEMPIRAS	BENEFICIARIO
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Seguros Crefisa, S.A., a solicitud del deudor convienen en asegurar la vida de éste por la suma asegurada inicial indicada. La suma asegurada para cada mes de vigencia del Seguro, será la que corresponda al saldo del crédito hipotecario otorgado por el acreedor al Deudor, de conformidad con la fórmula de amortización establecida en el contrato del Préstamo. El producto del seguro será pagado al acreedor como único beneficiario irrevocable, tan pronto como se reciban pruebas fehacientes del fallecimiento del Deudor Asegurado. Las condiciones de este contrato son aceptadas por el deudor asegurado; en consecuencia, entra en vigencia en virtud al pago de la prima convenida desde su emisión y en cada aniversario del contrato hasta haberse completado el plazo de vigencia

III. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES DEL ASEGURADO O TITULAR DEL SEGURO

Declaro expresamente que:

1. Autorizo a SEGUROS CREFISA, S.A. a acceder a la Central de Riesgos de la Comisión Nacional de Bancos y Seguros (CNBS) y a cualquier otra base de datos gubernamental o privada, para consultar datos de las obligaciones que tanto mi representada como mi persona podamos tener en el Sistema Comercial o Financiero y declaro que he sido enterado y acepto las Condiciones Generales antes descritas y que figuran en la póliza solicitada.

2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro de los marcos legales y los recursos que poseo no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el código penal hondureño.

3. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla Periódicamente.

4. Autorizo a Crefisa, Compañía de Seguros S.A., registrar en la Base de Datos de la Central de Información Sistema Asegurador (CISA) cualquier reclamo presentado y amparado bajo la póliza de la cual forma parte el presente documento.

Declaración y origen de fondos y aceptación de cláusula.

Certifico que la información brindada en esta solicitud es verídica. Asimismo, comprendo que en caso de no proporcionar la información correcta o si se comprobare que las respuestas no están sujetas a la realidad, las coberturas del seguro contratado se podrían ver afectadas, eximiendo a Crefisa Compañía de Seguros S.A. de toda obligación de indemnizar.

Queda entendido y convenido que la presente Solicitud - Certificado, Carátula, Condiciones Generales y Anexos (si los hubiere) forman parte integrante del Contrato de Seguro.

Dado en la Ciudad de _____ el ____ de _____ de _____.

Firma del Solicitante
(Huella digital si no
puede escribir)

Firma del Titular de la póliza
(Huella digital si no puede
escribir)

Firma y Sello
Seguros Crefisa

Nombre del Intermediario

Firma del Intermediario

Código No _____

Nombre del Oficial de Negocios

Firma del Oficial del Negocios